



# ACUERDO DE SERVICIOS DE REFERENCIA

Formulario del Estado  
State Form 51987 (3-05) / FPP 0032S

Department of Child Services  
Departamento de Servicios de Niño

Caso número

De acuerdo con IC 31-33-13, un informe sobre abuso o negligencia infantil relacionado con

Nombre del niño	Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )
-----------------	--

ha sido clasificado como comprobado y el servicio local de protección al menor no procura la participación de la corte.

El representante de servicios de protección del menor abajo firmante recomienda que se comprometa a efectuar un acuerdo de servicios de referencia con la(s) persona(s) acusadas del abuso o negligencia (*presunto perpetrador*) durante un período de \_\_\_\_\_ meses (*sin excederse de los 6 meses*) y que produzca la participación voluntaria en los servicios familiares o de rehabilitación durante este período. El niño arriba mencionado deberá estar bajo la supervisión de \_\_\_\_\_ Oficina del Departamento de Servicios de Niño y el programa consistirá en lo siguiente:

Firma del Representante del Servicio de Protección de Menores	Fecha ( <i>mes, día, año</i> )
---	--------------------------------

He leído el acuerdo de servicios de referencia y doy mi consentimiento y acuerdo sobre el mismo. Me incorporo a este acuerdo voluntariamente. Entiendo que si llevo a cabo esencialmente los términos de este acuerdo, el acuerdo será terminado al finalizar el período especificado. Además, entiendo que si no llevo a cabo esencialmente los términos de este acuerdo, la información relacionada con el informe en el cual se basa este acuerdo será referida a la Oficina Central del Departamento de Servicios de Niño para ser ingresada en el Registro Central del Estado de Indiana.

Firma del padre/madre, guardián, tutor	Fecha ( <i>mes, día, año</i> )
--	--------------------------------

Firma del presunto perpetrador	Fecha ( <i>mes, día, año</i> )
--------------------------------	--------------------------------